

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

1451

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Georges CHAVAROT

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 15 Juillet 1913, à RECEY-SUR-OURCE (Côte-d'Or)

CONTRIBUTION

AU

TRAITEMENT DU PSORIASIS

Président : M. GOUGEROT, Professeur

LE MANS

IMPRIMERIE CH. MONNOYER

12, PLACE DES JACOBINS, 12

1939

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Georges CHAVAROT

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 15 Juillet 1913, à RECEY-SUR-OURCE (Côte-d'Or)

CONTRIBUTION

AU

TRAITEMENT DU PSORIASIS

Président : M. GOUGEROT, Professeur

LE MANS

IMPRIMERIE CH. MONNOYER

12, PLACE DES JACOBINS, 12

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	PIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER... Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON..... Hygiène.
 LACOMME..... Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LAVIER..... Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF..... Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX.... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET.... Pathologie médicale.
 MOREAU..... Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTALLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHET Physiologie.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES..... Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 GUÉNIOT Obstétrique.
 MEITZ-BOYER.. Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER.... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 SCHWARTZ... Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.		MM.	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
BRULÉ		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER ...	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VALERY-RADOT			
SÉZARY			

MM.	
ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COUGEROT

*qui a bien voulu me faire l'honneur
de présider cette thèse.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A LA MÉMOIRE DE MON PERE

mort pour la France.

A MON GRAND-PERE

A MA MERE

grâce à laquelle j'ai pu continuer mes études.

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

AU DOCTEUR PIERRE TYRODE

qui m'a guidé et conseillé,

EN TÉMOIGNAGE DE MA RECONNAISSANCE.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage { PROFESSEUR CLERC
PROFESSEUR OMBREDANNE
DOCTEUR L. RAMOND

Externat { DOCTEUR GUIMBELLOT
PROFESSEUR TROISIER
PROFESSEUR AGRÉGÉ SEZARY
PROFESSEUR CLERC
DOCTEUR TZANCK

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT DU PSORIASIS

CHAPITRE PREMIER

Rappel historique

A plusieurs reprises on a essayé, dans la thérapeutique du psoriasis, les traitements utilisés dans celle de la syphilis, et BROcq, il y a plus de trente ans, conseillait le calomel, le salicylarsinate de mercure. On employa ensuite des arsenicaux plus simples, le mercure, le bismuth enfin.

Pour certains, cette thérapeutique serait justifiée par une hérédité syphilitique, presque constante, du psoriasis : « Il semble bien que la constitution parakératosique « doit être interprétée comme une dystrophie héritée de « générateurs plus ou moins entachés de tréponémose » (Jausion).

Pour d'autres, cette médication n'agirait qu'en modifiant les divers métabolismes.

Certains auteurs en sont d'ailleurs venus à ne considérer, tant dans la syphilis que dans les diverses dermatoses, l'action du traitement que comme une modification métabolique : FEUILLIE et son école. SÉDILLOT insistait d'autre part sur le rôle du terrain dans l'évolution de la syphilis.

Finalement, en ce qui concerne le traitement du psoriasis, l'attention des auteurs, durant ces dernières années, semble s'être portée surtout sur le bismuth. C'est en 1926 que les premiers résultats probants furent rapportés par VERSARI.

Dès 1927, JAUSION, PECKER et DEBUCQUET, bientôt suivis

par BURNIER, LOTTE, MAGGIULLI, LAUDART et PRAT, préconisèrent l'emploi de bismuth associé à l'arsenic.

D'autre part dans une publication récente, L. THOREL, du Havre, publie les effets remarquables obtenus dans la thérapeutique du psoriasis par le bismuth. Employant tout d'abord l'iodoquinat, les résultats n'étaient excellents que chez des malades jeunes (âgés de moins de 15 ans) et à leur première poussée généralisée.

Mais chez l'adulte, dans les cas anciens, les résultats étaient médiocres.

Plus tard il essaya le bismuth-métal; les résultats en furent remarquables, à condition d'utiliser des doses fortes comparables à celles employées dans le traitement de la syphilis.

La technique actuelle de THOREL est la suivante :

Trois fois par semaine, une injection de bismuth-métal, à la dose de un centigramme par dix kilos; et, dit l'auteur, « ainsi traités, la plupart des cas anciens, comme récents, « blanchissent rapidement, parfois aussi vite qu'une syphilitide papuleuse secondaire; à notre avis, après avoir « essayé les traitements externes, internes, endocriniens, « les régimes, cette thérapeutique s'est révélée la plus « rapide, la plus fidèle »; d'ailleurs, ajoute-t-il, « il est nécessaire de faire, après le traitement de blanchiment, un « traitement de consolidation ».

Ajoutons que récemment, un auteur a proposé une thérapeutique du psoriasis, fondée sur les divers mécanismes étiopathologiques cliniquement observés, et nous ne saurions mieux faire que de citer l'article de cet auteur :

CHAPITRE II

Traitement rapide de quelques cas de psoriasis

Par le D^r Pierre TYRODE

« En présence des dermatoses, et en particulier du psoriasis, on peut se poser la question : est-ce uniquement un état local de la peau? — Mais on peut se poser également la question inverse : est-ce surtout un état général conditionnant des localisations cutanées ou accessoires?

Toutes les observations de psoriasis que je signale dans cet article ont été traitées en partant de l'hypothèse que l'état général conditionnait des lésions cutanées. J'ai traité également d'autres cas de dermatoses et, pour toutes, j'ai appliqué le même mode de raisonnement et cela partant de la même hypothèse.

Pour toutes ces dermatoses : psoriasis ou eczéma des huiliers dont je donne les observations ci-après, je me suis abstenu de tout traitement local.

Divers auteurs ont envisagé les relations des lésions cutanées du psoriasis avec l'état général du malade.

Dans les « Acta Dermatologica » d'août 1937, REISS signale, chez les psoriatiques, une insuffisance de la Vitamine C. Au cours d'études sur les carences de la population de la région dieppoise, j'ai moi-même constaté l'extrême diminution du taux de l'acide ascorbique dans l'urine de mes malades atteints de psoriasis.

A ce sujet, je signale que l'acide ascorbique est érigé au rang des Vitamines. Je signale ce fait, exposé dans divers

travaux, car je ne peux penser que cette identité chimique soit indiscutable. Le phénomène biologique des carences désigné sous le nom d'« AVITAMINOSE » conditionne les Vitamines, substances chimiques hypothétiques qui n'ont pas été isolées et ne pourront sans doute jamais l'être, pas plus d'ailleurs que les toxogénines, les apotoxines et tous les corps chimiques hypothétiques qui sont devenus légion depuis un certain nombre d'années.

Pour tenter de doser l'acide ascorbique, j'ai utilisé les techniques connues, au moyen du dichlorophénol-indophénol. Un comprimé de dichlorophénol-indophénol me permettait d'obtenir une dissolution que j'arrivais à décolorer avec un milligramme d'acide ascorbique.

Il me fallait, dans les cas de malades atteints de ces dermatoses, utiliser des quantités d'urine atteignant et même dépassant 90 ou 100 cc., tandis qu'en moyenne dans cette région la plupart des individus secrétaient des urines qui amenaient la même décoloration avec 10 ou 15 cc.

S'agit-il réellement d'un déficit d'acide ascorbique? Le phénomène de décoloration signalée constitue-t-il une réaction de certitude absolue? — A cela, il m'est impossible de répondre, car je n'ai jamais pu isoler l'acide ascorbique à l'état pur dans les urines, et je n'ai pu le doser à cet état, et je crois qu'aucun auteur à travers le monde n'a pu réaliser ce tour de force.

REISS signale que des améliorations, même des guérisons ont été obtenues par l'administration d'acide ascorbique à la dose de 600 milligrammes par jour. Mais aussi des échecs ont été observés malgré l'administration de doses très élevées.

Ce déficit possible en acide ascorbique pose la question générale des questions vitaminiques, si toutefois nous admettons l'identité d'une Vitamine avec l'acide ascorbique.

Admettons cette identité pour un instant; il peut y avoir carence par apport insuffisant, carence par défaut d'absorption, ou par destruction, au niveau de l'intestin.

Le problème des carences vitaminiques a déjà été posé

à propos de diverses autres maladies, la PELLAGRE en particulier. Cette dernière maladie a suscité des enquêtes importantes; tout récemment une Commission d'enquête Britannique sur la PELLAGRE en Haute-Egypte (The Lancet, 25 Septembre 1937) a soulevé la question pour la Vitamine B. L'administration de hautes doses de Vitamine B anti-pellagreuse ou de complexes contenant tous les groupes du facteur B, s'est montrée le plus souvent impuissante. Par contre, les protocoles d'autopsie (et dans ces pays, les autopsies sont faites aussitôt après la mort), signalent un état lamentable de l'intestin grêle, parasitisme considérable, colmatage, atrophie des villosités.

Pour en revenir à mes observations personnelles je signale que tous mes malades présentaient des troubles digestifs. Je regrette que des questions d'opportunité m'aient empêché, chez certains d'entre eux, de pratiquer l'épreuve au carmin de cochenille, pour observer la durée de leur transit intestinal; chez les malades qui ont subi cette épreuve, la durée du transit digestif était, au lieu du chiffre normal de 36 heures, de 50, ou 60, ou 90, et même davantage.

L'analyse des selles chez un de ces malades montra en abondance des œufs de trichocéphales.

Il n'y a pas que les vitamines qui ont été envisagées dans leur retentissement sur le psoriasis. D'autres éléments ont été étudiés, en particulier de nombreux cliniciens ont cru remarquer que l'absorption de graisses ou de substances grasses aggrave le psoriasis. Même leur manipulation serait nuisible : d'après certains auteurs le psoriasis serait particulièrement rebelle chez les charcutiers.

Tenant compte de ces éléments :

1) Hypothèses de carences en infiniment petits, vitamines ou autres corps, indéfinis, ou définis comme l'acide ascorbique;

2) Concomitance d'altérations plus ou moins importantes, dans le fonctionnement du tube digestif,

j'ai soumis mes psoriasiques à la thérapeutique exposée ci-après et, au cours du traitement, les malades n'ont été

soumis à aucun régime particulier. En vue de parer aux diverses carences, leur alimentation devait être abondante, variée, riche en vitamines de toutes sortes, et, étant donné les conditions modernes défectueuses d'élevage du bétail, riche en poisson; ils devaient consommer des crudités, et pour parfaire le fonctionnement intestinal, des celluloses en quantité suffisante; ils prenaient chaque jour 300 milligrammes d'acide ascorbique. On sait que, comme pour les autres vitamines, par exemple la vitamine C, la déficience ne peut être récupérée totalement que par l'alimentation (travaux récents de SZENT-GYÖRGY sur les constituants de la vitamine C totale).

Il m'est apparu que les possibilités de se nourrir convenablement étaient trop réduites pour mes malades, et c'est pourquoi j'ai été obligé de compléter cette alimentation défectueuse avec de l'acide ascorbique à l'état pur.

Pour accélérer le transit intestinal, je leur ai fait prendre après les trois repas, deux comprimés évacuants, selon la formule :

Résine de Jalap	}	aa — 0,05
Résine de Scammonée		
Poudre de Scille.....		0,01
Poudre de Badiane.....		0,10

Afin de désinfecter plus complètement leur intestin, suivant les principes que j'ai exposés antérieurement (1), je leur faisais prendre, en même temps que chaque ingestion de deux comprimés évacuants, dix comprimés, selon la formule :

Sulfate de soude desséché pur..	0,22
Magnésie calcinée.....	0,11
Phosphate de bismuth soluble..	0,01

(1) *Revue de pathologie comparée et d'Hygiène générale*, n° 492.
Le Courrier médical, 1938, n° 23-24.

Premier Congrès de l'Union Thérapeutique internationale, Berne, 1937. (Discussion sur la méthode SCHIEPPATI).

Ces comprimés ont une action sur laquelle je reviendrai dans des publications prochaines. En tout cas, je signale qu'en les utilisant, j'ai toujours eu des guérisons rapides d'acné, de séborrhée, c'est-à-dire des infections touchant également la peau, et d'origine intestinale. Frappé en outre par des améliorations, lentes il est vrai, obtenues chez des malades traités antérieurement par des préparations bismuthiques injectables, j'ai estimé indispensable d'activer les fonctions métaboliques de mes psoriasiques par un catalyseur. Je leur ai prescrit, matin et soir, un suppositoire à garder au moins deux heures, au succinate de bismuth, activé par un peu de mercuré, selon la formule :

Succinate de bismuth.....	1 gr.
Onguent napolitain.....	0,03
Beurre de cacao.....	Q. S.

A propos de cet emploi du bismuth, je ferai remarquer qu'associé à la désinfection intestinale, il ne m'a donné chez aucun des malades ainsi traités le moindre incident (stomatite, etc...); le seul cas de stomatite observé était survenu chez un malade qui avait négligé de prendre le traitement intestinal. J'ajouterai qu'avec du STOVARSOL, associé à ce traitement, les accidents disparurent rapidement.

En outre, chez le malade qui avait dans ses selles de nombreux œufs de trichocéphales, j'ai prescrit, le matin au réveil, et le soir au coucher, dix comprimés spéciaux de semen-contra, avec deux comprimés évacuants, et cela pendant dix jours. J'ajoute que, chaque fois que l'on décèle une verminose, un traitement devra être prescrit pour la complète remise en état de l'intestin.

Observations

OBSERVATION I.

I. B... 32 ans.

Vient me consulter parce que, depuis une quinzaine, il souffre sur tout le corps d'une éruption prurigineuse, s'étendant au cuir chevelu.

L'interrogatoire m'apprend que le sujet présente depuis longtemps des ballonnements abdominaux, a des selles non moulées, des rougeurs de la face avec narcolepsie post-prandiale. Sur tout le corps, petites taches psoriasiques, avec signe de la rosée sanglante, localisation caractéristique aux deux coudes. Nombreux éléments psoriasiques à la lisière du cuir chevelu, état séborrhéique de ce dernier ainsi que de la face.

90 cm³ d'urine n'arrivent pas à décolorer la solution titrée de dichlorophénol-indophénol.

Traitement : Désinfection intestinale : — (pour mémoire : dix comprimés de sulfate de soude, magnésie, phosphate de bismuth, associés à deux comprimés évacuants après les trois repas). — Suppositoires au succinate de bismuth et mercure, — matin et soir 30 mgr. d'acide ascorbique.

Alimentation suivant les règles indiquées plus haut — aucun traitement local.

Huit jours après le prurit a totalement cessé, le malade m'a déclaré n'en avoir plus souffert dès le deuxième jour du traitement — l'éruption elle-même a disparu presque en entier — il ne reste au niveau du coude que quelques squames se détachant facilement, et laissant à leur place une peau saine.

Quinze jours après la consultation, il n'y avait plus aucune trace de cette poussée de psoriasis.

Rencontré trois mois après, le malade n'avait présenté aucune nouvelle éruption.

OBSERVATION II.

C... 42 ans.

Présente, depuis près de dix ans, des poussées très fréquentes de psoriasis durant de un à deux mois. Il a eu en outre, il y a quatre ans, du rhumatisme psoriasique des genoux.

C'est un constipé chronique (la radio montre une boucle intestinale serrée à l'angle splénique du colon) en outre, il y a cinq ans, a présenté de petits accidents hépatiques, avec grosse augmentation de volume de la glande.

Les traitements essayés antérieurement tant généraux que locaux (préparations arséno-bismuthiques injectables, iode, mercure, huile de Haarlem, associés aux traitements externes à base d'huile de Cade combinée ou en nature, évacuation intestinale par mucilages) arrivaient à grand peine à blanchir le malade.

Le malade étant revenu me trouver en pleine crise peu après que j'eus soigné le cas relaté dans l'observation N° I, j'appliquai un traitement identique (120 cm³ d'urine n'ont pas décoloré la solution réactive de l'acide ascorbique).

Deux jours après le début du traitement, le prurit avait considérablement diminué, l'éruption s'atténuait et aucun élément nouveau n'apparaissait.

Après dix jours, aucun prurit; éruption en voie de disparition; seuls persistaient, par endroit, des squames sèches se détachant facilement.

Après quinze jours, plus aucune trace de l'éruption.

OBSERVATION III.

S... 30 ans.

Présente depuis l'âge de 18 ans des poussées fréquentes de psoriasis. Il n'avait jusqu'à maintenant suivi que des traitements locaux, c'est-à-dire pendant douze ans, avec un résultat médiocre. Il jugeait en conséquence avec quelque vraisemblance sa dermatose incurable (et il est étonnant qu'il n'ait pas consulté tous les rebouteux de la région), et bien que depuis six mois son éruption ne l'ait pas laissé tranquille, il se bornait à soulager son mal par des pommades anti-prurigineuses.

Ce malade vint me consulter, en mars, uniquement pour des troubles digestifs datant de plusieurs mois, ballonnements, alternatives de selles pâteuses et de selles dures, pesanteurs après les repas, diparaissant dans la position couchée, anorexie, amaigrissement.

Au point de vue abdominal : signe de la sangle positif, cœcum gargouillant et sensible à la palpation.

Sur tout le corps, à l'exception de la face, grandes taches psoriasiques. 130 cm³ d'urine n'ont pas décoloré la solution titrée de dichlorophénol-indophénol.

Analyse des selles (Docteur GUÉRBET, Rouen) : nombreux œufs de trichocéphales.

Traitement : Comme dans les observations I et II.

En outre, le matin au réveil et le soir au coucher, pendant dix jours, prise de dix comprimés de *semen-contra*, associés à deux comprimés évacuants.

Pour lutter contre l'atonie gastrique, qui amenait S... à restreindre son alimentation, injection sous-cutanée quotidienne de post-hypophyse (12 injections).

Revu 15 jours après, le malade ne souffre plus du tout de son estomac et de son intestin. Il a expulsé de nombreux trichocéphales, a bon appétit et a repris deux kilos.

Les grandes taches psoriasiques ne sont plus prurigineuses et sont en voie de disparition; leur centre est représenté par de la peau saine, à la périphérie, il persiste encore un liseré psoriasique.

Je prescris la continuation du traitement, à l'exception des injections de post-hypophyse.

J'ai appris par une parente de S... que ce dernier m'envoie me consulter dans le milieu de mai, qu'il allait bien, que sa dermatose avait disparu.

Les deux observations suivantes n'ont pas trait au psoriasis. Les deux malades présentaient une dermatose assez fréquente chez les ouvriers des usines traitant de l'huile de lin.

OBSERVATION IV.

D... 47 ans.

A plusieurs reprises a présenté des poussées de pyodermites des membres inférieurs et des avant-bras; à ce niveau la peau est sèche, squameuse, prurigineuse. Ce malade a été traité une première fois en septembre 1937 pour sa pyodermite au moyen de topiques et d'injections intra-veineuses d'eau d'URIAGE. Après une courte amélioration, D... revient, en pleine récurrence, en décembre.

Les topiques arrêtent encore sa pyodermite; mais en dépit de douze injections d'eau d'URIAGE, d'application de pâte à l'eau, la dermatose s'aggrave et le prurit s'étend à tout le corps.

Une préparation ferrugineuse est injectée dans les veines sans résultat au milieu de janvier; dix injections intra-veineuses d'eau d'URIAGE sont faites (cette eau a été envoyée spécialement par colis express, dès le recueil au griffon), le tout sans résultat. C'est alors que je prescris au malade le même traitement qu'à mes psoriasiques (26 janvier 1938).

Le 3 février toute trace de dermatose avait disparu ainsi que le prurit. Fait remarquable, la peau des avant-bras et des jambes avait repris sa douceur normale au toucher.

OBSERVATION V.

Mlle L... 24 ans.

Présente, depuis qu'elle travaille dans cette huilerie, une dermatose identique à celle de l'observation IV. Elle est habituellement constipée.

Elle vient me consulter le 15 février 1938 pour une plaie infectée superficielle consécutive à un traumatisme de la face dorsale de l'avant-bras droit. Malgré l'application de pommade à l'oxyde jaune (formule spécialisée à 1/30) qui me donne constamment d'excellents résultats dans ce genre de blessure, la plaie revue le 8 mars ne présente aucune tendance à la guérison.

Je prescris immédiatement le même traitement général que dans l'observation IV.

Le 16 mars, la plaie était cicatrisée. La dermatose avait disparu et comme pour D... (Observation IV) la peau des avant-bras et des jambes avait repris sa douceur habituelle au palper.

CHAPITRE III

Commentaire de cet article

Il faut surtout remarquer, et l'auteur le dit lui-même, que ces sujets étaient particulièrement carencés en acide ascorbique, ou du moins en facteur réduisant le dichlorophénol-indophénol.

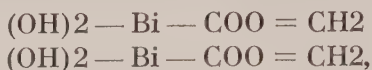
Cette question de carence dans les dermatoses doit être élucidée grâce à l'observation rapportée par MOURIQUAND : « CARENCES ALIMENTAIRES ET DERMATOSES » leçon faite à la clinique de Saint-Louis le 22 janvier 1931 dans laquelle, à propos de l'importance de l'état antérieur pour les dermatoses, l'auteur rapporte : « BABES cite le fait suivant, très frappant à cet égard : des prisonniers russes et roumains furent incarcérés dans un même camp de concentration allemand où la ration était insuffisante et carencée, mais sans maïs. Au bout de quelques mois, les prisonniers russes, non mangeurs de maïs firent du scorbut, les roumains mangeurs antérieurs de maïs mais non pellagres firent de la pellagre. Dans ce cas, le déséquilibre alimentaire grave du camp révéla chez ceux-ci la dystrophie pellagreuse inapparente, remontant sans doute à leur large alimentation maïsique antérieure ».

Il faut d'ailleurs signaler à ce propos que cet auteur cite également les travaux de LOMBROSO et, à la suite des observations de ce dernier auteur, sur la fréquence du psoriasis dans les zones pellagresques, on a, en homéopathie, proposé le « *zea italica* », un maïs pellagreur, contre le psoriasis.

D'autre part l'usage, tant du phosphate que du succinate de bismuth, appelle quelques observations.

Le phosphate de bismuth, soluble, doit son action aux phénomènes de phosphorylation de VERZAR (Geneviève STAHL, *Revue médicale de la Suisse Romande*, 25 Mai 1938) et permet ainsi une absorption intestinale normale.

Le succinate de Bismuth dont la formule est la suivante :



doit agir de la façon suivante : l'acide succinique intervient, par le couple succinique-funarique, dans les phénomènes d'oxydo-réduction (THOMAS, manuel de Biochimie); c'est ce qui ressort de la conférence faite à la Maison de la Chimie, en 1938, par SZENT-GYÖRGY.

Enfin il faut signaler, toujours dans le cadre du conditionnement des lésions cutanées par des mécanismes plus profonds, les relations souvent étroites entre le fonctionnement endocrinien (ovaire en particulier) et diverses dermatoses du type eczéma ou psoriasis (C. LAFFITTE et HURET, Déséquilibre ovarien et dermatoses. Action thérapeutique de l'hormone mâle, dans certaines variétés de psoriasis et d'eczémas. *Presse Médicale* du 29 Mars 1939).

CHAPITRE IV

Observations récentes

Nous nous sommes demandé s'il ne serait pas possible de dissocier les différents facteurs du traitement, et avons noté les résultats suivants :

OBSERVATIONS.

A) Sujet de 27 ans, domestique atteint du psoriasis, tension artérielle basse.

Carence en acide ascorbique (120 cm³ d'urine pour décolorer la solution réactif).

Soumis à un traitement par seulement 300 milligrammes d'acide ascorbique.

Après 15 jours, aucun résultat. Le traitement intestinal (pour mémoire : 10 comprimés de sulfate de soude, magnésic, phosphate de bismuth, associés à 2 comprimés évacuants, après les trois repas; suppositoires au succinate de bismuth et mercure) est alors institué seul. Disparition du psoriasis en 14 jours.

B) Sujet anglais, 48 ans, opéré de tumeur mixte de la parotide en janvier 1939, avec début de dégénérescence maligne. Psoriasis datant de l'enfance, généralisé à tout le corps, étendu au cuir chevelu.

Traitement intestinal seul.

Amélioration progressive du psoriasis qui avait résisté jusqu'alors à tous autres traitements. Après un mois on prescrit le succinate de bismuth; quatre semaines après, il n'y a plus rien sur le corps; grosse atténuation des lésions du cuir chevelu, qui disparaissent rapidement.

C) Homme de 67 ans, psoriasique de longue date, traité accidentellement par les comprimés intestinaux, pour des troubles digestifs. Les placards psoriasiques qui, depuis plusieurs années, étaient très étendus, ont disparu presque totalement en trois semaines.

D) Homme de 42 ans; tuberculeux, psoriasique depuis de nombreuses années (coudes, avant-bras, face); traité par les comprimés intestinaux pour des troubles digestifs; disparition totale du psoriasis.

D'autres observations, en cours n'ont pu être réunies du fait de l'ouverture des hostilités.

CONCLUSION

Il semble donc que plusieurs facteurs doivent entrer en ligne de compte pour nous guider dans la thérapeutique du psoriasis :

- 1) Un facteur d'alimentation et d'assimilation intestinale.
- 2) Un facteur constitutionnel propre, résultant de toute l'édification bio-chimique complexe de l'organisme.

Et, pratiquement, ces divers facteurs doivent être dissociés en vue du traitement.

Tout d'abord l'on devra instituer une thérapeutique agissant sur les fonctions digestives, intestinales en particulier, prescrire une alimentation normale, non carencée.

Ensuite il faudra essayer d'obtenir des modifications de la constitution profonde de l'organisme, par l'emploi, en certains cas, d'hormones, de vitamines, de sels bismuthiques.

BIBLIOGRAPHIE

Essai de blanchiment des psoriasiques par un nouveau composé arsenical : « l'émétique arsenical de pyridine » associé en cure intra-veineuse à l'oxy-diéthyl-dicarboxy-dimino-isobutyrate de bismuth » par Messieurs DEBUCQUET, JAUSION et PECKER (*Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 8, novembre 1927).

Simple remarque en faveur de l'origine syphilitique du psoriasis. DEBUCQUET, JAUSION, A. PECKER. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 7, juillet 1928 et *la Pratique Médicale Française*, n° 9, septembre 1928.

Le traitement du psoriasis par un nouveau composé arséno-bismuthique, thèse LAUDART, Paris, 1928.

Recherches sur le psoriasis, sa cure bismutho-arséno-pyridinique, JAUSION, DEBUCQUET et PECKER. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 12, 27 mars 1929.

Des traitements actuels du psoriasis. Thèse Roger PRAT, Paris, 1929.

Traitement du psoriasis par une nouvelle association arsenico-pyridinique-bismuthique, D. G. MAGGIULLI. *Riforma Medica*, 3 février 1930, n° 5.

L'association bismutho-arséno-pyridinique dans la syphilis. JAUSION et PECKER. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 7, juillet 1930.

La thérapeutique autophylactique en ophtalmologie. Dr Emile FEUILLIE. *Congrès d'ophtalmologie*, 1930.

La thérapeutique autophylactique dans les maladies des organes génito-urinaires. Dr de PRESERVILLE. *Les Sciences médicales*, 15 décembre 1930.

JAUSION. — *Le Bulletin Médical*, 28 octobre 1932.

MEDIONI. — *Journal des Praticiens*, 1^{er} avril 1933.

BURNIER et LOTTE. — *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, juillet 1928.

MALARD et TORLAIS. — *Gazette Médicale de France*, 15 décembre 1934.

JAUSION, PECKER, GERVAIS et SOLEIL. — *Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 14 janvier 1932.

Egon ETTINGER. — *Medizinische Klinik*. Vienne, n° 7, 1935.

Emile FEUILLIE. — *Leucopathies et sensibilisation*. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, année 1925.

CARTIER. — *Traité de thérapeutique homéopathique*, tome II.

MOURIQUAND. — *Leçon faite à la Clinique Dermatologique et Syphiligraphique de l'Hôpital Saint-Louis* (Professeur H. GOUGEROT) le 22 janvier 1931.

Archives dermato-syphiligraphiques de la Clinique de Saint-Louis, tome III, fascicule III, page 411.

Geneviève STAHL. — *Absorption intestinale* (suivant VERZAR). *Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 mai 1938.

Rapport du 25^e Congrès français de Médecine.

A. LAFFITTE et G. HURET. — *Déséquilibre ovarien et dermatoses, Action thérapeutique de l'hormone mâle dans certaines variétés de psoriasis et d'eczémas*. *Presse Médicale*, n° 25, 29 mars 1939.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CHAPITRE PREMIER. — Rappel historique.....	5
CHAPITRE II. — Idées thérapeutiques fondées sur le conditionnement des lésions cutanées par un trouble général.....	13
CHAPITRE III. — Commentaires de cet article et observations relatives à l'action du succinate et du phosphate de bismuth.....	23
CHAPITRE IV. — Observations récentes.....	25
CONCLUSION	27
BIBLIOGRAPHIE	29
